

مطالعه‌ی ابعاد سه گانه‌ی بهزیستی (ذهنی، روان‌شناختی و معنوی) در پیش‌بینی ترس از زایمان طبیعی در زنان باردار

فرزانه اکبری سجیرانی^۱، سیده فاطمه موسوی^{۲*}

^۱دانشجو، دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساوه، ساوه، ایران؛ ^۲پژوهشکده زنان، دانشگاه الزهراء (س)، تهران، ایران.

تاریخ دریافت: ۹۴/۱۱/۱۲ تاریخ پذیرش: ۹۵/۴/۲۶

چکیده:

زمینه و هدف: افزایش آمار سزارین انتخابی در ایران از عوامل متعددی همچون ترس از زایمان طبیعی که عاملی روان‌شناختی است، نشأت می‌گیرد. مطالعه‌ی حاضر با هدف مطالعه‌ی ابعاد سه گانه‌ی بهزیستی اعم از بهزیستی معنوی، ذهنی و روان‌شناختی در پیش‌بینی ترس از زایمان طبیعی در زنان باردار صورت گرفته است. روش بررسی: این پژوهش توصیفی و از نوع همبستگی و نمونه‌ی پژوهش شامل ۱۷۸ زن باردار بود که با گرایش به ۲ شیوه‌ی زایمان طبیعی و سزارین به ۲ درمانگاه از بیمارستان‌های شهر تهران مراجعه نموده و به شیوه‌ی داوطلبانه و در دسترس انتخاب شدند. ابزارهای پژوهش شامل مقیاس‌های بهزیستی معنوی، بهزیستی ذهنی، شاخص بهزیستی روان‌شناختی و پرسشنامه محقق ساخته‌ی ترس از زایمان بود. اطلاعات به دست آمده از اجرای مقیاس‌ها، با استفاده از آزمون همبستگی پیرسون و تجزیه و تحلیل رگرسیون گام به گام مورد تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها: نتایج نشان داد، رابطه‌ی بین بهزیستی معنوی، بهزیستی مذهبی، بهزیستی وجودی، رضایت از زندگی، عاطفه مثبت، بهزیستی روان‌شناختی با ترس از زایمان منفی و همبستگی بین عاطفه‌ی منفی با ترس از زایمان مثبت و معنی دار است ($P \geq 0/01$). نتایج همچنین نشان داد که بهزیستی وجودی نقش منفی و معنی داری در پیش‌بینی ترس از زایمان داشته و به طور معنی داری ۹٪ از واریانس ترس از زایمان را تبیین می‌کند. نتیجه‌گیری: از وجود رابطه‌ی معنی دار میان بهزیستی ذهنی، روان‌شناختی و معنوی با ترس زنان باردار از زایمان طبیعی، می‌توان دریافت تلاش برای افزایش عواطف مثبت زنان باردار، رضایت از زندگی و غنی کردن باورهای وجودی و مذهبی آن‌ها می‌تواند زمینه ارتقاء سلامت و کاهش تقاضا برای سزارین را فراهم و آنان را برای زایمان طبیعی آماده نماید.

واژه‌های کلیدی: بهزیستی ذهنی، بهزیستی روان‌شناختی، بهزیستی معنوی، ترس، زایمان طبیعی.

مقدمه:

پرننگ‌تر نموده است (۴). آمارها نشان می‌دهد بیش از نیمی از سزارین‌های صورت گرفته در ایران بدون دلایل پزشکی و ناشی از عوامل روان‌شناختی از جمله ترس از زایمان رخ می‌دهد (۵). تحقیقات نشان می‌دهد، ترس از زایمان طبیعی حدود ۲۵-۲۰٪ زنان باردار را تحت تأثیر قرار داده است. در ۱۰-۶٪ موارد، عوارض ناتوان‌کننده‌ای را در زندگی روزمره‌ی آن‌ها بر جای گذاشته است (۸-۶). ترس شدید از زایمان طبیعی و تأثیرات آن بر کارکردهای

افزایش بی‌رویه‌ی عوارض سزارین در مادر چون بیهوشی، عفونت، خونریزی غیرطبیعی حین و بعد از زایمان و ... و نیز آسیب‌های احتمالی در نوزاد چون افزایش مرگ و میر، افزایش مشکلات تنفسی و ... موجب توجه محققان به این عرصه گردیده است (۳-۱). این در حالی است که افزایش ۵ برابری آمار سزارین در ایران نسبت به سایر نقاط جهان به دلیل ترس از زایمان طبیعی، مطالعه‌ی اثرات زایمان طبیعی در زنان باردار را

رابطه‌ی زناشویی و کاهش رضایت جنسی همسر در کنار عواملی چون ناآگاهی از عوارض سزارین موجب افزایش احتمال سزارین اورژانسی و درخواست مادر برای سزارین غیرضروری گشته و شایع‌ترین علت تقاضای زنان نخست‌زا برای سزارین است (۹-۱۱). در اغلب زنان، این ترس حین و پس از زایمان با افزایش درد، زایمان طولانی و تجربه‌ی ناخوشایند همراه است (۴). عوارض جسمی و روانی این ترس عبارتند از: الگوهای غیرعادی ضربان قلب جنین، نمره‌ی آپگار پایین، افزایش مرگ‌ومیر حین تولد، تولد نوزاد با وزن کم در نتیجه‌ی افزایش مقاومت شریان رحمی، افسردگی، اضطراب و اختلالات تغذیه‌ای، بروز خلق منفی، بهزیستی پایین و احساس تنهایی در طی بارداری، در این افراد عواطف و تجارب ناخوشایندی چون: ناشکیبایی، پرخاشگری، احساس فوریت و اضطراب، دشواری در دستیابی به آرامش، واکنش انفجاری به موقعیت‌های استرس‌زا، ترس از دست‌دادن کنترل و بروز رفتارهای غیرمنطقی و نامناسب نیز گزارش شده است (۱۴-۱۲). این تجربه‌ها به فقدان بهزیستی اشاره دارد که با پیدایش رویکرد روان‌شناسی مثبت‌گرا، با ابعاد مختلف بهزیستی معنوی، ذهنی، روان‌شناختی، اجتماعی در ادبیات تحقیق مطرح شده است (۱۵). در مدل Ryff و Keyes بهزیستی عبارت است، از تلاش فرد برای کمال و ارتقاء که در تحقق استعدادها و توانایی‌های فرد متجلی شده و در مطالعات مختلف با عناصری چون پذیرش خود (Self-acceptance)، روابط مثبت با دیگران، استقلال (Autonomy)، کنترل بر محیط (Environmental mastery)، داشتن هدف در زندگی، و رشد فردی (Personal growth)، کیفیت زندگی (Quality of life) و ... مورد توجه قرار گرفته است (۱۶، ۱۷).

بهزیستی روانی، فرآیندی یکپارچه و مستقل از بیماری روانی است و مفهومی از رشد خوش‌بینانه دارد و دارای معنایی بیش از شادکامی است (۱۸). Ryan و Deci با ایجاد تمایز بین بهزیستی روان‌شناختی (Psychological well-being) و بهزیستی ذهنی (Subjective well-being) بهزیستی ذهنی را با محتوای

زندگی لذت‌جویانه مرتبط می‌دانند، از نظر آن‌ها بهزیستی روان‌شناختی بازتابی از خود تلقی شده و زبان خصوصی فرد در رابطه‌ی با خود برای برنامه‌ریزی روزانه و اشتیاق هیجانی برای شروع روزانه است (۱۹، ۲۰). مفهوم بهزیستی ذهنی شامل ۳ بعد رضایت از زندگی (باورها و نگرش‌های ارزشیابانه‌ی فرد درمورد زندگی)، عاطفه‌ی مثبت (میزان تجربه‌ی احساسات خوشایند در زندگی) و عاطفه‌ی منفی (میزان تجربه‌ی احساسات ناخوشایند در زندگی) است (۲۱). این مفهوم محصول صفات درونی و فرآیندهای روان‌شناختی چون حالات خلقی، اهداف، سبک‌های مقابله‌ای و فرآیندهای سازگاری است (۲۲). تحقیقات نشان می‌دهد عناصر بهزیستی ذهنی با میزان خودآگاهی، خوش‌بینی و معنویت‌گرایی فرد رابطه دارد (۲۳). برخی مطالعات نیز حاکی از رابطه‌ی سبک زندگی معنوی با بهزیستی ذهنی و رضایت از زندگی است (۲۴).

بهزیستی معنوی بازتابی از ۳ بعد عاطفه، رفتار و شناخت مثبت فرد از ارتباط با خود، دیگران، طبیعت و با موجودی برتر است و شامل ۲ بعد معنویت مذهبی (بیان مذهبی از وجود مقدس یا واقعیت غایی) و معنویت وجودی (تجربیات روان‌شناختی خاص بدون ارتباط با وجود مقدس یا واقعیت غایی) می‌باشد (۲۵). معنویت، فرآیندی پویا، شخصی و تجربی و حاوی معنای زندگی یا رابطه با یک وجود متعالی است و بنا بر چنین ارزش‌هایی توصیف می‌شود (۲۸-۲۶). درحالی‌که مذهب مجموعه‌ای از باورهای مقدس و رهنمودهایی برای بایدها و نبایدهای رفتاری است (۲۹). در چارچوب معنویت مذهبی و معنویت وجودی است که فرد معنا، هدف و ارزش‌های متعالی زندگی خود را درک می‌کند (۳۰). این ۲ بعد در تعامل با هم موجب سلامت معنوی، رضایت و هدفمندی، شادی، احترام، نگرش مثبت، آرامش درونی و هویتی یکپارچه در فرد می‌شود (۳۱، ۲۵).

درخصوص ابعاد مختلف بهزیستی با ترس از زایمان طبیعی مطالعات چندانی انجام نشده‌است، با این حال، تحقیقات موجود به رابطه‌ی خودکارآمدی مادران

ابزارهای پژوهش عبارتند از:

الف) مقیاس بهزیستی معنوی: این مقیاس توسط Paloutzian و Ellison شامل ۲۰ سوال و ۲ بعد بهزیستی مذهبی و بعد بهزیستی وجودی در طیف لیکرت ۶ درجه‌ای (کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم) ساخته شده است (۴۲). ضرایب آلفای کرونباخ کل مقیاس و ابعاد بهزیستی مذهبی و وجودی توسط سازندگان آن به ترتیب برابر با ۰/۹۳ و ۰/۹۱، ۰/۹۱ به دست آمد. ضرایب پایایی بازآزمایی این مقیاس برای کل مقیاس، ابعاد بهزیستی مذهبی و بهزیستی وجودی به ترتیب برابر با ۰/۸۵، ۰/۷۸ و ۰/۸۰ گزارش شد (۴۳). ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس و ابعاد بهزیستی وجودی و مذهبی در پژوهش حاضر با استفاده از آلفای کرونباخ به ترتیب برابر با ۰/۸۷، ۰/۷۵ و ۰/۸۲ محاسبه گردید.

ب) مقیاس بهزیستی ذهنی: این مقیاس شامل ۲ پرسشنامه‌ی ۱. عاطفه‌ی مثبت و منفی (Positive affect and negative affect scales) با ۲۰ گویه است که توسط Watson و همکاران برای ارزیابی ۲ بعد عاطفه‌ی مثبت و عاطفه‌ی منفی در طیف لیکرت ۵ درجه‌ای (بسیار کم تا بسیار زیاد) ساخته شده است (۴۴). دامنه‌ی نمرات برای هر بعد بین ۵۰-۱۰ است، ضرایب پایایی آن برای عاطفه‌ی مثبت، ۰/۸۸ و عاطفه‌ی منفی، ۰/۸۷ گزارش شده است. در پژوهش حاضر ضریب پایایی آن با استفاده از آلفای کرونباخ برای ۲ بعد یاد شده به ترتیب ۰/۹۳ و ۰/۷۱ محاسبه گردید؛ ۲. مقیاس رضایت از زندگی (Satisfaction with life scale) که با هدف اندازه‌گیری سطح رضایت از زندگی کلی افراد در ۵ سوال با طیف لیکرت ۷ درجه‌ای (کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم) ساخته شده است. ضرایب پایایی همسانی درونی و بازآزمایی مقیاس در بین دانشجویان به ترتیب ۰/۸۷ و ۰/۸۲ گزارش شده است (۴۵). در پژوهش حاضر، پایایی مقیاس با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۷۳ به دست آمد.

ج) شاخص بهزیستی روان‌شناختی: یک مقیاس کوتاه ۵ سوالی خودگزارش‌دهی است که توسط سازمان بهداشت جهانی (World health organization) طراحی

باردار با انتخاب زایمان طبیعی، رابطه‌ی زایمان طبیعی با سلامت روان، عملکرد اجتماعی و بهبود کیفیت زندگی، رابطه‌ی ورزش با کاهش گرایش به سزارین اشاره نموده‌اند (۳۵، ۱۲، ۳۲). برخی دیگر از مطالعات، رابطه‌ی تن‌آرامی با کاهش ترس از زایمان طبیعی، رابطه‌ی افسردگی با سزارین، ارتباط متغیرهایی چون روان‌رنجوری، اختلالات خلقی و اضطرابی، عزت‌نفس و انعطاف‌پذیری پایین، نارضایتی زناشویی و فقدان حمایت اجتماعی را با ترس از زایمان طبیعی مورد تأیید قرار داده‌اند (۴۱-۳۶). با توجه به آنچه گفته شد این پژوهش درصدد است تا با هدف مطالعه‌ی ابعاد سه گانه‌ی بهزیستی ذهنی، روان‌شناختی و معنوی در پیش‌بینی ترس زنان باردار از زایمان طبیعی، به این پرسش پاسخ دهد که آیا بین ابعاد سه گانه‌ی بهزیستی با ترس از زایمان طبیعی رابطه‌ی معنی‌داری وجود دارد و این ابعاد چه سهمی در پیش‌بینی ترس از زایمان طبیعی در زنان باردار دارند؟

روش بررسی:

این پژوهش از نوع توصیفی و همبستگی بود. متغیرهای ابعاد سه گانه‌ی بهزیستی، متغیرهای پیش‌بین و متغیر ترس از زایمان، متغیر ملاک محسوب می‌شود. جامعه‌ی آماری پژوهش کلیه زنان باردار ساکن شهر تهران بودند که به ۲ شیوه‌ی طبیعی و سزارین برای زایمان گرایش داشتند. از جامعه‌ی فوق، با جلب رضایت آن‌ها برای شرکت در پژوهش، ۲۰۰ زن باردار مراجعه‌کننده به درمانگاه‌های نجمیه و آیت‌اله کاشانی ۳۰ نفر به ازای هر متغیر پیش‌بین (با احتساب خرده‌مقیاس‌ها) در مطالعات همبستگی به شیوه‌ی نمونه‌گیری غیراحتمالی از نوع دردسترس و داوطلبانه انتخاب شدند. از بین ۲۰۰ نفر داوطلب، به دلیل نقص در تکمیل برخی پرسشنامه‌ها، نمونه به ۱۷۸ نفر تقلیل یافت. پرسشنامه‌ها در زمستان ۱۳۹۴ توسط محقق، به صورت انفرادی بین مراجعه‌کنندگان در ۲ مرکز توزیع گردید. هر شرکت‌کننده به طور متوسط بین ۱۵-۱۰ دقیقه زمان صرف پاسخ‌گویی به مجموع پرسشنامه‌ها نمود.

گردید و بهزیستی فرد را طی ۲ هفته‌ی گذشته براساس مقیاس لیکرت ۴ درجه‌ای از هیچ‌وقت تا همیشه، ارزیابی می‌کند. نمرات بالاتر نشان‌دهنده‌ی بهزیستی بالا و نمرات پایین‌تر نشان‌دهنده‌ی افسردگی است. دامنه‌ی بارهای عاملی گویه‌ها در پژوهش دهشیری و موسوی بین ۰/۷۹ تا ۰/۸۷ گزارش شده است (۴۶). ضریب پایایی آن در پژوهش حاضر با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۷۳ به‌دست آمد.

د) مقیاس ترس از زایمان: این مقیاس محقق‌ساخته، درخلال بررسی شرح حال زنان باردار متقاضی سزارین و مروری بر مطالعات پیشین و مقیاس‌های به‌کار رفته در آن‌ها ساخته شد و میزان ترس از زایمان طبیعی را در ۸ سوال با طیف لیکرت ۶ درجه‌ای (از اصلاً تا خیلی زیاد) می‌سنجد. روایی صوری و محتوایی آن مورد تأیید اساتید حوزه‌ی روان‌شناسی، مامایی و روان‌سنجی قرار گرفت و نقایص آن در اجرای مقدماتی بر روی تعدادی از افراد رفع گردید. تعدادی از سوالات این مقیاس عبارتند از: «تا چه میزان زایمان طبیعی را تهدیدی برای سلامتی خود می‌دانید؟»، «تا چه میزان احساس می‌کنید حین زایمان طبیعی کنترل خود را از دست بدهید؟»، «تا چه میزان از زایمان طبیعی می‌ترسید؟» در پژوهش حاضر، پایایی آن با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۹۳ به‌دست آمد.

شرکت‌کنندگان به‌طور انفرادی و با رضایت کامل به سوالات پرسشنامه‌ی بی‌نام پاسخ دادند، داده‌های به‌دست آمده با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون و تجزیه و تحلیل رگرسیون گام‌به‌گام توسط نرم‌افزار SPSS مورد تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها:

یافته‌های این پژوهش نشان داد، میانگین و انحراف استاندارد سنی گروه نمونه $29/6 \pm 6/25$ ، میانگین و انحراف استاندارد سن اولین زایمان $25/23 \pm 4/35$ و میانگین و انحراف استاندارد سن ازدواج آن‌ها $22/52 \pm 4/15$ بود. میانگین و انحراف استاندارد طول مدت ازدواج شرکت‌کنندگان نیز $6/98 \pm 5/74$ به‌دست آمد. از این گروه، ۴۰٪ تمایل به زایمان طبیعی داشته و ۵۷/۲٪ متمایل به سزارین بودند. ۳۱/۱٪ سابقه‌ی زایمان طبیعی، ۳۰٪ دارای سابقه‌ی سزارین، ۱/۷٪ تجربه‌ی هر ۲ نوع زایمان را داشته، از این میان، ۳۷/۲٪ گروهی بودند که اطلاعی از سابقه‌ی زایمان در اختیار محقق قرار نداده و یا این مراجعه، بارداری اول آن‌ها محسوب می‌شد. همبستگی بین ابعاد بهزیستی معنوی، بهزیستی روان‌شناختی و بهزیستی ذهنی با ترس زایمان ارائه شده است (جدول شماره ۱).

جدول شماره ۱: ماتریس همبستگی بین بهزیستی معنوی، بهزیستی روان‌شناختی و بهزیستی ذهنی با ترس زایمان

شاخص‌ها	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸
۱ بهزیستی معنوی	—							
۲ بهزیستی مذهبی	۰/۸۶**	—						
۳ بهزیستی وجودی	۰/۹۱**	۰/۶۱**	—					
۴ رضایت از زندگی	۰/۶۲**	۰/۴۳**	۰/۷۰**	—				
۵ عاطفه منفی	-۰/۲۷**	-۰/۲۱**	-۰/۲۹**	-۰/۲۹**	—			
۶ عاطفه مثبت	۰/۳۹**	۰/۰۸	۰/۴۲**	۰/۳۷**	-۰/۲۹**	—		
۷ بهزیستی روان‌شناختی	۰/۴۲**	۰/۱۸*	۰/۴۵**	۰/۴۵**	-۰/۴۵**	۰/۶۶**	—	
۸ ترس از زایمان	-۰/۲۴**	-۰/۱۱*	-۰/۲۰*	-۰/۱۵*	۰/۲۶**	-۰/۲۰**	-۰/۲۷**	—
میانگین	۹۳/۲۷	۴۸/۷۲	۴۵/۷۶	۲۴/۷۵	۲۴/۱۳	۳۸/۴۷	۱۴/۴۵	۲۷/۹۶
انحراف استاندارد	۱۳/۰۱	۶/۲۷	۷/۹۵	۵/۶۲	۶/۶۶	۹/۵۹	۲/۵۹	۱۲/۰۹

***: $P < 0/01$; **: $P < 0/05$; *: $P < 0/1$

وجودی، رضایت از زندگی، عاطفه مثبت، بهزیستی روان‌شناختی مشاهده شده و میزان بالای ترس از زایمان طبیعی با افزایش نمرات عاطفه منفی در زنان باردار همراه است (جدول شماره ۱).
به منظور بررسی این که کدام یک از ابعاد بهزیستی ذهنی، روان‌شناختی و معنوی سهمی در پیش‌بینی ترس از زایمان طبیعی دارند، از آزمون تجزیه و تحلیل رگرسیون گام به گام استفاده شد (جدول شماره ۲).

جدول شماره ۲: معادله‌ی رگرسیون پیش‌بینی ترس از زایمان براساس ابعاد سه‌گانه‌ی بهزیستی

متغیر	B	β	R^2	ΔR^2
گام ۱				۰/۰۳*
بهزیستی وجودی	۰/۳۵	-۰/۲۴	-۰/۰۶*	
گام ۲				
بهزیستی وجودی	-۰/۲۸*	-۰/۱۹	۰/۰۹*	
عاطفه منفی	۰/۳۲*	-۰/۱۸		
*: $P < ۰/۰۵$				

از زایمان طبیعی در زنان باردار مراجعه‌کننده به ۲ بیمارستان (نجمیه و آیت اله کاشانی) صورت گرفت. در پاسخ به سوال پژوهش، یافته‌ها نشان داد که بین ابعاد سه‌گانه‌ی بهزیستی با ترس از زایمان طبیعی و گرایش به سزارین انتخابی رابطه‌ی معنی‌داری وجود دارد. به این معنی که بین بهزیستی روان‌شناختی، بهزیستی معنوی (۲ بعد معنویت وجودی و معنویت مذهبی) و ابعاد رضایت از زندگی و عاطفه مثبت با ترس از زایمان رابطه‌ی منفی و بین بعد عاطفه منفی و ترس از زایمان طبیعی رابطه‌ی مثبتی مشاهده شد. رضایت از زندگی به عنوان بعد شناختی بهزیستی ذهنی تحت تأثیر قضاوت‌هایی است که از باورهای فرد تغذیه می‌شود، این در حالی است که بعد عاطفی بهزیستی ذهنی نیز مستقل از ارزیابی‌های شناختی فرد در زندگی نیست. حس رضایت از زندگی، پیشرفت کافی، تعامل کارآمد و موثر با هستی، انرژی و خلق مثبت، رابطه‌ی مطلوب با اجتماع از مشخصه‌های افراد دارای بهزیستی روانی

یافته‌ها نشان داد، رابطه‌ی همبستگی بین بهزیستی معنوی، بهزیستی مذهبی، بهزیستی وجودی، رضایت از زندگی، عاطفه مثبت، بهزیستی روان‌شناختی با ترس از زایمان منفی و معنی‌دار است. بین عاطفه منفی با ترس از زایمان رابطه‌ی مثبت و معنی‌داری وجود دارد ($r(۱۷۸) = ۰/۲۶$ و $P < ۰/۰۵$). این بدین معناست که میزان بالای ترس از زایمان با کاهش نمرات فرد در متغیرهای بهزیستی معنوی، بهزیستی مذهبی، بهزیستی

یافته‌ها نشان داد، بهزیستی وجودی در گام دوم، نقش منفی معنی‌داری در پیش‌بینی ترس از زایمان طبیعی دارد ($\beta = -۰/۱۹$ ، $t = -۲/۳۲$ ، $P < ۰/۰۵$). بهزیستی وجودی به تنهایی ۶٪ از واریانس متغیر ترس از زایمان را تبیین می‌کند. نتایج همچنین نشان می‌دهد که متغیر عاطفه منفی نیز نقش مثبت معنی‌داری در پیش‌بینی ترس از زایمان طبیعی دارد ($P < ۰/۰۵$ ، $\beta = ۰/۱۸$ ، $t = ۲/۲۰$). گام دوم در مجموع ۹٪ از واریانس ترس از زایمان طبیعی را تبیین می‌کند ($P < ۰/۰۰۱$ ، $R^2 = ۰/۰۹$ ، $F(۲, ۱۴۳) = ۶/۹۹$). نتایج نشان داد، متغیرهای بهزیستی روان‌شناختی، رضایت از زندگی و عاطفه مثبت سهمی در پیش‌بینی ترس از زایمان ندارند (جدول شماره ۲).

بحث:

پژوهش حاضر با هدف بررسی ابعاد سه‌گانه‌ی بهزیستی معنوی، ذهنی و روان‌شناختی در پیش‌بینی ترس

است (۴۷). همسو با یافته‌های زنجانی طبسی احساس بهزیستی، مستلزم ۳ بعد وجود هیجانات مثبت، رضایت از زندگی و فقدان هیجانات منفی است (۴۸). طبق مطالعه‌ی افصلی افراد دارای بهزیستی روانی بالا در مقایسه با گروه فاقد بهزیستی، از پذیرش موقعیت‌های خطرآفرین، رویگردان نیستند، از این‌رو، در شرایط بحرانی زندگی چون زایمان با جسارت بیشتری تصمیم می‌گیرند (۴۹). مطالعات نصیری و شریفی، علی‌پور و همکاران نیز نشان دادند، زنان دارای ترس از زایمان طبیعی، با احساساتی نظیر فقدان حمایت اجتماعی یا نارضایتی زناشویی، از دست دادن کنترل و یا نشان دادن رفتارهای غیرمعقول حین زایمان، ناشکیبایی و خشم و ... دست به‌گریباند (۱۳، ۱۴). مطابق یافته‌های این پژوهش‌ها، عاطفه‌ی منفی در دوران بارداری، موجب بروز پیامدهای حاملگی و عملکرد ضعیف مادر شده و احتمال زایمان زودرس را به میزان ۳ برابر افزایش می‌دهد، فقدان عاطفه‌ی مثبت در اواخر حاملگی همراه با افزایش میزان بی‌حسی اِبی‌دورال، با ترس از زایمان طبیعی همراه بوده و منجر به زایمان‌های با مداخله‌ی جراحی و سزارین می‌شود. از این‌رو زنان را در معرض رنجش و اختلالات خلقی شدید پس از زایمان قرار می‌دهد؛ بنابراین داشتن عاطفه‌ی مثبت در دوران بارداری به سپری نمودن ایمن دوران بارداری و فراغت از بارداری سالم کمک خواهد کرد. در تأیید این موضوع، مطالعه‌ی سادات و همکاران با هدف مقایسه‌ی ابعاد کیفیت زندگی پس از زایمان در ۲ نوع زایمان طبیعی و سزارین نشان داد، کیفیت زندگی به‌ویژه در ابعاد سلامت جسمی و سلامت روانی، در فاصله‌ی ۲ ماه پس از زایمان طبیعی بیشتر بوده است؛ همچنین عملکرد اجتماعی زنان ۴ ماه پس از زایمان طبیعی نسبت به گروه دیگر بیشتر بود (۳۴). کریمی و همکاران در پژوهشی دیگر نشان داد که مادران با زایمان طبیعی نسبت به مادران با زایمان سزارین، نمرات بهتر و مطلوب‌تری در کیفیت زندگی و ابعاد مختلف آن و همچنین شاخص سلامت عمومی کسب نمودند (۴).

در بافت فرهنگ ایرانی که آمیخته‌ای از ارزش‌ها و باورهای دینی و فرهنگی است، برخورداری از هدف و معنا در حوزه‌های مختلف زندگی فردی و اجتماعی موجب غنا بخشیدن به افکار شناختی، آماده‌سازی عاطفی و رفتاری برای تجارب حساس زندگی در فرد می‌گردد. از این حیث، مطابق با دیدگاه Chapman و West-Burnham فرد دارای بهزیستی معنوی که از ویژگی‌هایی چون حس رضایت از زندگی، ارزش‌ها و باورهای مثبت به خود و جامعه، حس یکپارچگی و کلیت در زندگی بهره‌مند است، به قدرت و نیروی برتر الهی در کنترل و نظارت بر امور ایمان دارد، چنین نیرویی است که می‌تواند هماهنگ‌کننده و تکمیل‌کننده‌ی سایر ابعاد سلامت باشد (۵۰). به باور Gomez و Fisher چنین فردی دارای احساساتی چون هویت، کمال، رضایت‌مندی، احترام، نگرش مثبت، آرامش و توازن درونی است و زندگی‌اش دارای هدف و جهت است (۲۵). وی زندگی را جریانی می‌بیند که مشکلات و تجارب خاص آن جزء طبیعی زندگی محسوب می‌شود و خود را برای مواجهه با آن شرایط مهیا می‌کند. باورهایی چون بخشی از هستی‌بودن، داشتن معنایی برای زندگی، عاطفه‌ی خوش‌بینانه به خود و محیط خود موجب کاهش عواطف منفی، افزایش انرژی و سرزندگی می‌شود. از این‌روست که فرد با سلامت معنوی، دارای عواطف مثبت است و به‌دلیل باورهای معنوی، دارای احساس نیرومندی از حمایت اجتماعی است و برای مواجهه با ناملایمات و دشواری‌های زندگی مجهز به سرمایه‌های روانی است. مطالعات محققین نشان داده‌اند که عوامل موثر در مواجهه با تجربه‌های سخت زندگی چون تولد فرزند عبارتند از: قدرت انتخاب و داشتن کنترل بر محیط، پذیرش مسئولیت در تولد فرزند، برخورداری از هدف و معنا در زندگی، ارتباط با کل هستی، لذت بردن از زندگی و امیدواری به آینده، ارتباط هدفمند با خالق، باور قلبی و توکل به قدرتی برتر و اعتماد به مراقبت وی می‌باشد (۳۹-۴۱، ۳۳-۳۵، ۴). برای فرد دارای بهزیستی

وجودی و معنوی، درد قسمتی از زندگی است که به آن رنگ و روح می‌بخشد (۵۱). از این رو، مشاهده می‌شود زایمان به عنوان تجربه‌ای بی‌نظیر در تاریخچه‌ی زندگی مادر با باورها و ارزش‌های هستی‌شناختی پیوند می‌خورد، چنین باورهایی است که مادر را وامی‌دارد شیرینی پروراندن و متولد نمودن فرزند را بر تلخی دشواری‌هایی این مسیر ترجیح دهد.

نتیجه‌گیری:

زایمان و تولد فرزند به عنوان یک تجربه‌ی مهم در زندگی یک زن، گذشته از احساس خوشایند در مورد مادر شدن، همواره فکر زنان را نسبت به خود مشغول کرده و تأثیر فوق‌العاده‌ای بر بهداشت روانی و اجتماعی مادران و اعضای خانواده آنان بر جای می‌گذارد. در دهه‌های اخیر، علم پزشکی با مداخله‌های رایج، برای مادران و جنین‌های پرخطر، مامایی سالم و بی‌خطری را به ارمغان آورده است؛ ولی این سوال که آیا در بارداری‌های کم‌خطر نیز چنین مداخله‌هایی باز هم ضرورت دارد، موضوع پژوهش بسیاری از محققان این حوزه بوده و هست. امروزه، به‌ویژه در ایران، صرف‌نظر از دلایل پزشکی و ناشی از عوامل روان‌شناختی چون ترس از زایمان، سزارین به عنوان یک مداخله‌ی مختص بارداری‌های پرخطر روند رو به رشدی داشته است. این پدیده در اغلب زنان با افزایش درد، زایمان طولانی و تجربه‌ی ناخوشایند زایمانی همراه بوده و با بهزیستی و سلامت روانی زنان مرتبط است. مطابق با مطالعات یاد شده، بهزیستی در ابعاد وجودی، معنوی، ذهنی و روان‌شناختی قادر است زنان باردار را برای مواجهه با رویداد سخت زایش و تولد فرزند آماده کند، با دادن معنا و هدف به زندگی، امید

به آینده، حمایت جستن از قدرت برتر خالق برای اداره‌ی این رویداد دشوار، موجب افزایش خودکنترلی و توانایی مقابله با زایمان طبیعی در مادران شود و بدین ترتیب، پیامدهای ناگوار روانی، عاطفی، جسمی و اقتصادی ناشی از سزارین بی‌علت پزشکی و به‌ویژه با منشاء روان‌شناختی را در آنها به حداقل برساند. از این رو، در مشاوره‌های پزشکی و مامایی اقداماتی چون: حمایت عاطفی و روانی از زنان باردار، زمینه‌سازی شرایطی برای گرایش آنها به زایمان طبیعی و آگاه‌سازی‌شان نسبت به مزایای این نوع زایمان و خطرات سزارین بی‌مورد، می‌تواند در افزایش بهزیستی روان‌شناختی، معنوی و ذهنی زنان باردار نقش عمده‌ای ایفا نماید و آنها را برای رویارویی و مدیریت این رویداد دشوار آماده نماید.

کاربرد یافته‌های پژوهش در بالین:

رابطه‌ی بین ترس از زایمان طبیعی با ابعاد مختلف بهزیستی در زنان باردار، اهمیت مشاوره‌های پزشکی مامایی را آشکار می‌کند تا بدین ترتیب با آموزش خودیاری و ایجاد جو حمایت‌آمیز عاطفی و روانی در خانواده، زمینه‌ی آگاهی مادران برای مدیریت این رویداد فراهم گردد. این امر همچنین موجب افزایش گرایش زنان به زایمان طبیعی و کاهش هزینه‌های روانی اقتصادی ناشی از مداخلات جراحی بی‌مورد می‌گردد.

تشکر و قدردانی:

از کادر درمانگاهی بیمارستان‌های آیت‌اله کاشانی و نجمیه و نیز شرکت‌کنندگان که با همکاری و شکیبایی خود برای تکمیل پرسشنامه‌ها، شرایط اجرای این پژوهش را فراهم نمودند، تشکر و قدردانی می‌شود.

منابع:

1. Mangoli M, Zare Mobini F, Ramezani T. Impact of delivery method on postpartum mental health. Bimonthly Journal of Hormozgan University of Medical Sciences. 2011; 14(4): 326-34. [Persian]

2. Hejazi-Nia Z, Mirzakhani K, Golmakani N, Sardar MA, Shakeri MT. The effect of Fitness program with a ball in pregnancy on the type of delivery in nulliparous women. National Conference of Education and Counseling in Reproductive health. Mashhad University of Medical Sciences. 2014; 4(3): 69-73. [Persian]
3. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Hauth J, Gilstrap L, Wenstrom K. Williams obstetrics. 22nd. New York: McGRAW Hill Medical Pub Division; 2005. Translated to Persian by: Ghazi Jahani B. Aghsa MM. Tehran: Gholban Pub. [Persian]
4. Karami K, Bakhtiar K, Hasanvand B, Safary S, Hasanvand S. A comparison of life quality and public health after natural and cesarean delivery in women referred to khorramabad health centers in 2009-2011. Yafteh. 2012; 14(4): 59-69. [Persian]
5. The Ministry of Health and Medical Education of Iran. Available from: <http://www.behdasht.gov.ir>; 2015.
6. Hall WA, Hauck YL, Carty EM, Hutton EK, Fenwick J, Stoll K. Childbirth fear, anxiety, fatigue, and sleep deprivation in pregnant women. Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing. 2009; 38(5): 567-76.
7. Zar M, Wijma K, Wijma B. Pre-and postpartum fear of childbirth in nulliparous and parous women. Scandinavian Journal of Behaviour Therapy. 2001; 30(2): 75-84.
8. Alehagen S, Wijma B, Wijma K. Fear of childbirth before, during, and after childbirth. Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica. 2006; 85(1): 56-62.
9. Bahrie M, Latifnejad R, Abdollahian E, Esmaili H. Effect of midwife's psychological and physical and Educational supportive in duration of labor stages and labor pain force. Journal of Sabzevar University of Medical Sciences. 2004; 11(1): 23-4. [Persian]
10. Hajian S, Vakilian K, Shariati M, Ajami ME. Attitude of pregnant women, midwives, obstetricians and anesthesiologists toward mode of delivery: A qualitative study. Payesh. 2011; 10(2): 39-48.
11. Negahban T, Ansari Jaber A, Kazemi M. Preference method of delivery and it's relevant causes in view of pregnant women referring to public and private clinics in Rafsanjan city. Journal of Rafsanjan University of Medical Sciences. 2006; 5(3): 161-8.
12. Deh Masooleh M. Investigating different factors of fear in normal delivery among pregnant women, in Arak: A Cross Sectional Study. Journal of Fasa University of Medical Sciences. 2014; 4(2): 161-7. [Persian]
13. Nasiry F, Sharifi S. Relationship between fear of childbirth and personality type in pregnant women. Iranian Journal obstetric Gynecology Infertility. 2013; 16(66):18-25. [Persian]
14. Alipour Z, Lamyian M, Hajizadeh E, Vafaei MA. The association between antenatal anxiety and fear of childbirth in nulliparous women: A prospective study. Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research. 2011; 16(2): 169-73.
15. Edwards LM, Rand KL, Lopez SJ, Snyder CR. In: Snyder CR, Lopez SJ Eds. Understanding hope. Handbook of positive psychology (pp. 83-95). New York: Oxford University Press; 2002.
16. Ryff CD, Keyes CL. The structure of psychological well-being revisited. Journal of Personality and Social Psychology. 1995; 69(4): 719-27.
17. Ryff CD. Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. Journal of Personality and Social Psychology. 1989; 57(6): 1069-73.
18. Fen CM, Isa I, Chu CW, Ling C, Ling SY. Development and validation of a mental wellbeing scale in Singapore. Psychology. 2013; 4(7): 592-606.
19. Ryan RM, Deci EL. On happiness and human potentials: a review of research on hedonic and eudaimonic well-being. Annual Review of Psychology. 2001; 52: 141-66.
20. Bech P. Applied psychometrics in clinical psychiatry: The pharmacopsychometric triangle. Acta psychiatrica Scandinavica. 2009; 120(5): 400-9.

21. Diener E. Subjective well-being. The science of happiness and a proposal for a national index. *The American Psychologist*. 2000; 55(1): 34-43.
22. Ed D, Suh EM, Lucas RE, Smith HL. Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychological Bulletin*. 1999; 125(2): 276-302.
23. Adler MG, Fagley NS. Appreciation: Individual differences in finding value and meaning as a unique predictor of subjective well-being. *Journal of Personality*. 2005; 73(1): 79-114.
24. Najafi, M. The relationship between spiritual well-being and subjective well-being among university students. Sixth Seminar of Mental Health in Students. Guilan University. 2012. [Persian]
25. Gomez R, Fisher JW. Domains of spiritual well-being and development and validation of the Spiritual Well-Being Questionnaire. *Personality and Individual Differences*. 2003; 35(8): 1975-91.
26. Balboni TA, Vanderwerker LC, Block SD, Paulk ME, Lathan CS, Peteet JR, et al. Religiousness and spiritual support among advanced cancer patients and associations with end-of-life treatment preferences and quality of life. *Journal of Clinical Oncology: Official Journal of the American Society of Clinical Oncology*. 2007; 25(5): 555-60.
27. Peterman AH, Fitchett G, Brady MJ, Hernandez L, Cella D. Measuring spiritual well-being in people with cancer: the functional assessment of chronic illness therapy--Spiritual Well-being Scale (FACIT-Sp). *Annals of Behavioral Medicine*. 2002; 24(1): 49-58.
28. Elkins DN, Hedstrom LJ, Hughes LL, Leaf JA, Saunders C. Toward a humanistic-phenomenological spirituality definition, description, and measurement. *Journal of Humanistic Psychology*. 1988; 28(4): 5-18.
29. Wilson DB. The historiography of science and religion. *Science and Religion*. 2002: 13.
30. Rippentrop AE, Altmaier EM, Burns CP. The relationship of religiosity and spirituality to quality of life among cancer patients. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*. 2006; 13(1): 29-35.
31. Ellison CW. Spiritual well-being: Conceptualization and measurement. *Journal of Psychology and Theology*. 1983; 11(4): 330-40.
32. Khorsandi M, Taheri Z, Amidi Mazaheri M, Amiri M, Hassanzadeh A. The effect of self-efficacy in pregnant women to reduce elective caesarean section. The first conference on women's health and family. Shahrekord University of Medical Sciences; 2014. [Persian]
33. Abedian Z, Nikpour M, Mokhber N, Ebrahimi S, Khani S. Evaluation of relationship between delivery mode and postpartum quality of life. *Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility*. 2010; 13(3): 47-53.
34. Sadat Z, Saberi F, Taebi M, Abedzadeh M. Comparative study of the postnatal quality of life subscales after normal vaginal delivery and caesarean section. *Payesh*. 2012; 11(3): 377-83. [Persian]
35. Roudsari RL, Zakerihamidi M, Khoei EM, Kazemnejad A. Comparing the cultural beliefs related to mode of delivery among pregnant women and women with childbirth experiences as vaginal delivery or cesarean section (Tonekabon, 2014). *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences*. 2015; 24(120): 54-68. [Persian]
36. Chen CH, Wang SY. Psychosocial outcomes of vaginal and cesarean births in Taiwanese primiparas. *Research in Nursing and Health*. 2002; 25(6): 452-8.
37. Dolatian M, Maziar P, Alavimajd H, Yazdjerdi M. The relationship between method of delivery and postpartum depression. *Medical Journal of Reproduction of Infertility*. 2006; 7: 260-8.

38. Haines HM, Rubertsson C, Pallant JF, Hildingsson I. The influence of women's fear, attitudes and beliefs of childbirth on mode and experience of birth. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2012; 12: 55.
39. Althabe F, Sosa C, Belizan JM, Gibbons L, Jacquerioz F, Bergel E. Cesarean section rates and maternal and neonatal mortality in low-, medium-, and high-income countries: An ecological study. *Birth*. 2006; 33(4): 270-7.
40. Nieminen K, Stephansson O, Ryding EL. Women's fear of childbirth and preference for cesarean section--a cross-sectional study at various stages of pregnancy in Sweden. *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica*. 2009; 88(7): 807-13.
41. Saisto T, Salmela-Aro K, Nurmi JE, Halmesmaki E. Psychosocial characteristics of women and their partners fearing vaginal childbirth. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 2001; 108(5): 492-8.
42. Paloutzian RF, Ellison CW. Loneliness, spiritual well-being, and quality of life. In: Peplau LA., Perlman D (Eds.), *Loneliness: A sourcebook for current theory, research, and therapy*. New York: Wiley Interscience; 1982.
43. Dehshiri GH, Sohrabi F, Jafari E, Najafi M. The study of psychometric properties of spiritual well-being scale among students. *Psychological Studies*. 2008; 16: 129-45.
44. Watson D, Clark LA, Tellegen A. Development and validation of brief measures of positive and negative affect: the PANAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1988; 54(6): 1063-70.
45. Diener E, Emmons RA, Larsen RJ, Griffin S. The satisfaction with life scale. *Journal of Personality Assessment*. 1985; 49(1): 71-5.
46. Dehshiri GH, Mousavi SF. The study of psychometric properties of the persian version of psychological wellbeing index (WHO-5). *Journal of Clinical Psychology*. [Persian]
47. Rezaeian A. Stress management. Tehran: Samt Pub; 2004. [Persian]
48. Zanzan Tabasi R. Construction and pilot standardization of psychological well-being scale. Unpublished M.A. Dissertation in General Psychology, Tehran University; 2004. [Persian]
49. Afzali A. The Study of relationship between optimism, psychological well-being and coping styles among university students. Unpublished M.A. Dissertation, Allameh Tabatabaie University; 2007. [Persian]
50. Chapman L, West-Burnham J. Education for social justice: Achieving wellbeing for all. Edinburgh: A and C Black; 2010.
51. West W. Psychotherapy and spirituality: Crossing the line between therapy and religion: Sage; 2000.

The study of triple dimensions (subjective, psychological and spiritual) of well-being in prediction of fear of normal delivery in pregnant women

Akbari Sajirani F¹, Mousavi SF^{2*}

¹Student, Islamic Azad University, Branch of Saveh, Saveh, I.R. Iran; ²Women Research Institute, University of Alzahra, Tehran, I.R. Iran.

Received: 1/Feb/2016 Accepted: 16/Jul/2016

Background and aims: Increasing the number of elective caesarean section in Iran caused by several factors including fear of normal delivery that is psychological factor. This study was conducted to investigate the relationship between triple dimensions (Subjective, psychological and spiritual) of well-being in prediction of fear of normal delivery in pregnant women.

Methods: This research method was descriptive and correlational. The research sample included 178 pregnant women that referred to the clinic of two hospitals in Tehran with two tendencies of normal delivery and caesarean for childbirth, and were selected by convenient sampling. Participants completed the spiritual well-being scale, subjective well-being scale, psychological well-being index and researcher made questionnaire of fear of childbirth. Data were analyzed using Pearson correlation and stepwise regression analysis.

Results: The results showed negative significant correlation between spiritual well-being, religious and existential well-being, life satisfaction, positive affect and psychological well-being with fear of normal delivery in pregnant women and positive significant correlation between negative affect and fear of childbirth ($P \leq 0.01$). Results also showed that existential well-being has negative significant role in predicting the fear of normal delivery. The final research model explains significantly 9% of variance of fear of normal delivery.

Conclusion: From correlation between fear of normal delivery with the subjective, psychological and spiritual well-being in pregnant women, it can be concluded the increasing of satisfaction with life, positive affect and enriching the existential and religious beliefs in pregnant women can reduce their tendency for caesarean section and increase their readiness for selecting normal delivery.

Keywords: Subjective well-being, Psychological well-being, Spiritual well-being, Fear, Normal delivery.

Cite this article as: Akbari Sajirani F, Mousavi SF. The study of Triple dimensions (Subjective, psychological and spiritual) of Well-being in Prediction of fear of normal delivery in Pregnant women. Journal of Clinical Nursing and Midwifery. 2016; 5(3): 62-72.

***Corresponding author:**

Women Research Institute, University of Alzahra, Tehran, I.R. Iran, Tel: 00982188049809,
E-mail: f.mousavi@alzahra.ac.ir